

年	月	日				ID番号				
COVID-19 PCR検査問診票										
フリガナ						明治	大正	昭和	平成	西歴
名前					誕生日	年		月		日
性別	男		女						(才)
電話番号					メール	PCメールアドレスをご記入ください。				
							@			
住所	〒									
職業										
体温			°C							
◆	一週間以内に、37.5°C以上の発熱がありましたか						はい	いいえ		
◆	一週間以内に、咳ができましたか						はい	いいえ		
◆	過去にコロナウィルスを疑う発熱がありましたか						はい	いいえ		
◆	過去にコロナウィルスを疑う咳がありましたか						はい	いいえ		
◆	過去に嗅覚異常はありましたか						はい	いいえ		
◆	過去に味覚異常はありましたか						はい	いいえ		
◆	過去に疲労感、倦怠感がありましたか						はい	いいえ		
◆	過去に胸の痛み、圧迫感がありましたか						はい	いいえ		
◆	渡航先はどちらですか？					渡航先				
	いつから		いつまで							
◆	過去にコロナウィルス感染疑いのため、PCR検査を受けたことがありますか？ (はいの場合、陽性が陰性に○をしてください)						はい	いいえ		
	陽性	陰性	(月	日)					
◆	COVID-19の患者またはその疑いがある方と接触しましたか？ (はいの場合、いつごろどのような方と接触しましたか)						はい	いいえ		
	いつ		関係性							
◆	結果証明書(日本語) 必要ですか？						はい	いいえ		
◆	英文で書類が必要な方 氏名ローマ字 () パスポート番号 ()									